

# **BVGer C-1616/2021 vom 19. Februar 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1616\\_2021\\_d20210219](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1616_2021_d20210219)

FR: TAF C-1616/2021 du 19 février 2021

IT: TAF C-1616/2021 del 19 febbraio 2021

## **Regeste**

Droit &agrave; la rente | Assurance-invalidité; refus de rente; décision du 19 février 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

### **E. 1.2**

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.3**

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile (TAF pces 2 et 3) et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 4 à 6, 8), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

### **E. 3**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundes-verwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

### **E. 4.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 19 février 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

#### **E. 4.2**

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 19 février 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

#### **E. 4.3**

Dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

#### **E. 5**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations

puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 LAVS [RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [TAF pce 26 p. 2]). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

### **E. 6.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase LPGA).

### **E. 6.2**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

### **E. 6.3**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

### **E. 6.4**

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2).

### **E. 7.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

## **E. 7.2**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

## **E. 7.3**

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

### **E. 7.3.1**

Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait

l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

### **E. 7.3.2**

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

### **E. 7.3.3**

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Valterio, op. cit., art. 57 n° 43). Les prises de position du service médical de l'OAIIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de

résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

## **E. 8**

En l'espèce, la décision litigieuse se fonde précisément sur la prise de position du service médical de l'OAIE du 3 décembre 2020 (OAIE pce 34). Le Dr G. \_\_\_\_\_ y retient le diagnostic principal de spondylolisthésis L5-S1 sur spondylolyse isthmique bilatérale, sur irritation radiculaire récidivante et sur status après arthrodèse L4-S1 et foraminotomie L5 gauche le 9 octobre 2019. Il estime que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est de 30% dès le 9 décembre 2016, de 70% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 60% dès le 10 juin 2020 ; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que le médecin AI détermine, l'incapacité de travail serait de 0% dès le 9 décembre 2016, de 30% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 20% dès le 10 juin 2020. L'appréciation du médecin du service médical de l'OAIE ne saurait toutefois convaincre. En effet, le Dr G. \_\_\_\_\_, qui n'a pas lui-même réalisé d'examen sur la personne de l'intéressée, s'est par conséquent fondé, pour rendre ses conclusions, sur les rapports médicaux figurant au dossier, qu'il cite dans ses prises de position (OAIE pces 31 et 34). Or, il appert que ces rapports, s'ils s'accordent sur les atteintes dont souffre la recourante et les diagnostics posés, ne remplissent pas, par ailleurs, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante ; en outre, leur contenu ne permet pas de confirmer les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G. \_\_\_\_\_, ni les taux d'incapacité de travail qu'il a fixés.

### **E. 8.1**

Ainsi, le premier de ces rapports, qui date du 9 décembre 2016 (OAIE pce 4), est un rapport radiologique rendu suite à un examen de la colonne lombaire par résonnance magnétique ; il conclut à un spondylolisthésis antérieur L5-S1, de grade I-II, avec spondylolyse bilatérale, et à une sténose des foramens de conjugaison, prédominante à droite, avec probable atteinte radiculaire. Son objectif étant d'informer des résultats de l'examen effectué, il est succinct et ne décrit pas, en particulier, de difficultés fonctionnelles, ni ne se prononce sur les répercussions des atteintes qu'il observe sur la capacité de travail de l'intéressée. Il en va de même du rapport qui suit, daté du 1er décembre 2017, dans lequel le Dr C. \_\_\_\_\_ procède à une évaluation neurologique de l'état de l'intéressée, relevant la présence d'une douleur locale interapophysaire lombosacrée et d'une flexion limitée au niveau lombaire (OAIE pce 5). Neurochirurgien, il donne son avis sur le type de traitement à mettre en place, recommandant une intervention chirurgicale, mais ne dit rien des effets de l'affection sur la capacité de travail de sa patiente. Quant au rapport établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 10 janvier 2018, il consiste en une simple chronologie des troubles médicaux dont a souffert ou souffre la recourante (OAIE pce 6). Le Dr G. \_\_\_\_\_ en a toutefois déduit une incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle de la recourante dès le 9 décembre 2016, puis une

augmentation de cette incapacité à 70% dès le 1er décembre 2017, date du rapport du neurochirurgien. Il ressort pourtant du dossier - outre le fait que les rapports médicaux précités ne s'expriment pas sur la capacité de travail - qu'à l'inverse des conclusions du médecin AI, la recourante a été en arrêt de travail total à partir de fin septembre 2016 jusqu'au 18 septembre 2017, puis qu'à cette date, elle a repris son activité habituelle à 100%, jusqu'au 9 janvier 2019 (OAIE pce 27 p. 14 ; voir Faits A.). Au demeurant, le rapport E 213, établi le 21 mars 2018 sur la base d'un examen de l'intéressée, conclut également à une pleine capacité de travail dans toute activité, excepté lors de crises aiguës (OAIE pce 7). On ne voit donc pas comment le Dr G. \_\_\_\_\_ est parvenu à de telles conclusions.

## **E. 8.2**

Le rapport versé ensuite au dossier est un rapport de sortie de l'hôpital, du 12 octobre 2019, rédigé par le service de neurochirurgie du CHU Z. suite à l'arthrodèse réalisée quelques jours plus tôt (OAIE pce 28). Il y est fait état des diverses atteintes observées lors de différents examens, de l'intervention chirurgicale effectuée le 9 octobre 2019, de l'évolution post-opératoire, sans complications, ainsi que des diagnostics retenus. La seule référence à l'activité professionnelle de l'intéressée concerne son retour au travail après l'opération, retour que le service de neurochirurgie du CHU Z. prévoit de manière progressive, dans les trois mois suivant l'intervention ; durant cette période, la patiente doit éviter certaines postures et le port de charges. Toutefois, huit mois plus tard, dans son rapport du 10 juin 2020 (OAIE pce 22), la Dre F. \_\_\_\_\_, médecin conseil auprès des autorités espagnoles de sécurité sociale, appelée à se prononcer dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail effectuée en Espagne, indique, tout en relevant une amélioration clinique significative, que l'incapacité de travail se prolonge pour l'instant, et propose de différer l'évaluation de cette incapacité jusqu'au prochain examen prévu par le service de neurochirurgie le 3 juillet 2020. Cela étant, le même médecin établit le 17 juillet 2020 le second rapport E 213 versé au dossier (OAIE pce 23). De manière quelque peu confuse, elle y mentionne qu'il y a une amélioration des symptômes et que le traitement est terminé, mais propose dans le même temps, à nouveau, et alors que l'examen prévu le 3 juillet 2020 par le service de neurochirurgie devrait avoir eu lieu, de différer l'évaluation de l'incapacité de travail jusqu'à cet examen, toujours prévu à la même date (pt 8). Puis elle conclut néanmoins à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (pt 11.4), sans pourtant ne décrire aucune limitation fonctionnelle (pt 10), et ne se prononce pas quant à la capacité de travail éventuelle dans une activité adaptée. Au surplus, ce rapport E 213 ne contient aucune observation clinique un tant soit peu détaillée. Enfin, dans leur préavis rendu dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail effectuée en Espagne (OAIE pce 29), les autorités sociales espagnoles ont, quant à elles, mentionné une limitation fonctionnelle qui s'imposerait à l'intéressée, à savoir les tâches causant une surcharge intense du rachis lombaire, et lui ont reconnu de manière provisoire, à partir du 17 juillet 2020, le droit à une rente d'invalidité permanente totale (OAIE pce 27 p. 19 et 22). Ces documents ne sont toutefois pas des rapports de médecins ; au surplus, les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Or, c'est sur la base de ces documents incomplets, et confus pour certains, en particulier s'agissant de la capacité de travail, que le Dr G. \_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 3 décembre 2020 (OAIE pc 34), conclut, de manière tout à fait précise pour sa part, que la recourante présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 9 janvier 2019, puis dès le 10 juin 2020, une incapacité de 60% dans l'activité habituelle et une incapacité de 20%

seulement dans une activité adaptée, à savoir une activité autorisant des pauses de 10 minutes environ et une position assise ou alternée, permettant d'éviter le chaud, l'humidité et les intempéries, le stress et la rapidité, n'exigeant pas de réaliser des tâches avec rotation du tronc et bras au-dessus de la tête, ni de se pencher ou de s'accroupir, ni de porter des charges supérieures à 5 kg, de faire des mouvements répétitifs, de monter sur une échelle ou un échafaudage, ou de marcher sur un terrain irrégulier.

### **E. 8.3**

Il convient de relever au demeurant que si, selon les indications de son employeur (OAIE pce 27 p. 14), la recourante s'est bel et bien trouvée en arrêt de travail dès le 9 janvier 2019, aucun des médecins qui se sont exprimés dans le cadre du dossier n'ont mentionné cette date. Tout au plus la Dre F. \_\_\_\_\_ a-t-elle expliqué, dans son rapport médical du 10 juin 2020 (OAIE pce 22), que l'incapacité de travail actuelle a débuté en raison d'une crise de la pathologie discale lombaire, avec irradiation dans le membre inférieur droit, ayant conduit à procéder à des examens le 2 octobre 2019, puis à décider de l'intervention chirurgicale du 9 octobre 2019 ; elle ne mentionne pas toutefois le moment auquel s'est déclarée cette crise, laquelle ne fait l'objet d'aucun rapport médical. Le Dr G. \_\_\_\_\_ retient ensuite une amélioration de la capacité de travail à partir du 10 juin 2020. Or, il s'agit là de la date du rapport précité de la Dre F. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 22), dans lequel, tout en relevant bel et bien une amélioration clinique significative, elle indique cependant que l'incapacité de travail se prolonge pour l'instant. Elle conclut en outre, quelques temps plus tard, dans le rapport E 213 du 17 juillet 2020 (OAIE pce 23), à une incapacité de travail totale de la recourante dans son activité habituelle. Dans le même temps, le questionnaire pour l'employeur du 23 septembre 2020 mentionne que l'intéressée a repris son activité habituelle à temps complet à partir du 7 juillet 2020 (OAIE pce 27 p. 12 à 18, en particulier p. 14 ; voir également OAIE pce 33). On peut d'ailleurs noter à ce propos que le Dr G. \_\_\_\_\_, qui, dans sa première prise de position du 4 novembre 2020 (OAIE pce 31), avait indiqué une incapacité de travail dès le 10 juin 2020 de 80% dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée, a réduit ces deux taux de 20% dans sa seconde prise de position, du 3 décembre 2020 (OAIE pce 34), les fixant désormais à 60% dans l'activité habituelle et à 20% dans une activité adaptée, sur la seule base de l'information, transmise par l'OAIE, de la reprise de son activité professionnelle par la recourante, et cela, alors même qu'aucun nouveau rapport médical ou observations de médecin ne lui ont été soumis et que la documentation au dossier montre plutôt, quoique de façon insuffisante, une incapacité de travail totale, à tout le moins dans l'activité habituelle.

### **E. 8.4**

On ne voit donc pas comment le Dr G. \_\_\_\_\_, qui, de surcroît, est médecin généraliste et ne dispose donc d'aucune des formations spécialisées dans les disciplines dont pourraient relever les atteintes de la recourante et qui seraient nécessaires à l'étude et à l'appréciation du dossier médical de celle-ci, a pu parvenir, sur la base de la documentation au dossier, aux conclusions qui sont les siennes quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles. Son appréciation du cas, figurant dans ses prises de position, n'est d'aucune aide à cet égard, en ce qu'elle n'explique pas sur quels éléments de la documentation au dossier le médecin AI se serait fondé pour parvenir à de telles conclusions. Le Dr G. \_\_\_\_\_ se borne en effet à exposer que si l'opération chirurgicale a permis une amélioration des symptômes algiques, on ne peut toutefois pas parler d'une amélioration de la capacité de travail, notamment pour les travaux nécessitant des mouvements de rotation

ou de flexion-extension de la colonne lombaire ; par conséquent, l'activité habituelle ne serait pas idéale, tandis qu'une activité assise, avec la possibilité de changer de position ou de prendre des pauses supplémentaires, serait mieux adaptée. Puis, face à l'information transmise par l'OAIE selon laquelle la recourante aurait repris le travail le 7 juillet 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ se contente d'ajouter qu'il y voit une confirmation indirecte du succès de l'intervention chirurgicale, mais qu'il continue à penser que l'intéressée ne présente pas une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, certaines tâches n'étant pas adaptées ; elle s'exposerait ainsi, en poursuivant son activité, à un risque de rechute.

### **E. 9.1**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause. Le service médical de l'OAIE ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations de son service médical pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de solliciter l'appréciation documentaire de son médecin conseil, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation adéquate. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA.

### **E. 9.2**

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI.

### **E. 9.3**

Une expertise médicale pluridisciplinaire sera ainsi mise en oeuvre dans les disciplines de la neurologie et de l'orthopédie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; Anne-Sylvie Dupont, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPG, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C\_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse - l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C\_235/2013 du 10

septembre 2013 consid. 3.2) -, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGa), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.). Cela fait, l'OAIE devra ensuite procéder, le cas échéant, à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante.

#### **E. 10**

En conséquence, le recours doit être admis et la décision du 19 février 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

#### **E. 11**

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante (TAF pce 6) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce dernier, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de cinq pages et d'un courrier d'une page.

#### **E. 26**

octobre 2013, du 27 septembre 2016 au 18 septembre 2017, et du 9 janvier 2019 au 6 juillet 2020 (OAIE pce 27 p. 12 à 18 ; pce 30 ; pce 41). B. B.a Le 4 février 2018, A. \_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE ; OAIE pce 2). B.a.a Selon les documents médicaux versés au dossier, l'intéressée présente alors un spondylolisthésis antérieur L5-S1, de grade I-II, dû à une lyse isthmique L5, avec spondylolyse bilatérale ; il est également fait état d'une sténose des foramens de conjugaison, prédominante à droite, avec probable atteinte radiculaire, et de lombosciatalgie droite (rapport radiologique du 9 décembre 2016 ; rapport du 1er décembre 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_ ; chronologie des troubles médicaux, établie le 10 janvier 2018 par le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant ; rapport E 213 du 21 mars 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ [OAIE pces 4 à 7]). Le Dr C. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, est d'avis, dans son rapport du 1er décembre 2017, que l'intervention chirurgicale (arthrodèse lombosacrée) est le seul moyen de traiter définitivement l'atteinte, tandis que le Dr E. \_\_\_\_\_ estime, dans le rapport E 213, que les documents médicaux à sa disposition et l'examen qu'il a effectué ne justifient pas, pour l'heure, une telle intervention (OAIE pce 7 p. 8). Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne constate aucune limitation fonctionnelle et estime que l'intéressée, qui travaille toujours, peut poursuivre à plein temps son activité habituelle, comme exercer une activité adaptée (OAIE pce 7 p. 11). B.a.b Après une mise en demeure impartissant à l'intéressée un ultime délai de 30 jours pour lui faire parvenir la documentation et les informations manquantes,

nécessaires à l'examen de la demande de prestations AI (OAIE pces 9 et 11), l'OAIE, par décision du 30 août 2018 (OAIE pce 12),

C-1616/2021 Page 3 refuse d'entrer en matière sur la demande du 4 février 2018, en l'absence de réponse de l'intéressée. B.b Le 8 juillet 2020, A. \_\_\_\_\_ dépose à nouveau une demande de prestations AI auprès de l'OAIE (OAIE pce 17). Elle y indique être en incapacité de travail depuis le 9 janvier 2019. B.b.a Il ressort de la nouvelle documentation alors versée au dossier que l'incapacité de travail a débuté en raison d'une crise de la pathologie discale lombaire, avec irradiation dans le membre inférieur droit, ayant conduit à procéder à des examens en octobre 2019 et à poser les diagnostics d'antélisthésis de grade I-II L5-S1, avec spondylolyse bilatérale et atteinte bilatérale des foramens de la racine en L5, ainsi que de discopathies dégénératives L4 à S1, nécessitant une intervention chirurgicale (rapport de sortie du 12 octobre 2019 [OAIE pce 28] ; rapport du 10 juin 2020 de la Dre F. \_\_\_\_\_, établi dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail effectuée en Espagne [OAIE pce 22]). L'intéressée séjourne ainsi dans le service de neurochirurgie du Complexe hospitalier universitaire de Z. (CHU Z.) du 8 au 12 octobre 2019 pour y subir, le 9 octobre 2019, une arthrodèse L4 à S1 avec foraminotomie L5 gauche. Le service de neurochirurgie du CHU Z. prévoit un retour au travail, de manière progressive, dans les trois mois suivant l'intervention, période durant laquelle la patiente doit éviter certaines postures et le port de charges (OAIE pce 28). Dans son rapport du 10 juin 2020 (OAIE pce 22), la Dre F. \_\_\_\_\_, médecin conseil auprès des autorités espagnoles de sécurité sociale, note bel et bien une amélioration clinique significative, mais indique toutefois que l'incapacité de travail se prolonge pour l'instant, dans l'attente d'une récupération post-chirurgicale complète, et propose de différer l'évaluation de cette incapacité jusqu'au prochain examen prévu par le service de neurochirurgie le 3 juillet 2020. Dans son rapport E 213 ultérieur, du 17 juillet 2020 (OAIE pce 23), la Dre F. \_\_\_\_\_, qui a examiné l'intéressée le 14 juillet 2020, reprend les diagnostics susmentionnés. Elle note là encore qu'il y a une amélioration des symptômes, que le traitement est terminé et qu'un examen est prévu le 3 juillet 2020 avec le neurochirurgien. Elle n'indique aucune limitation fonctionnelle et conclut à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Par décision du 28 juillet 2020 (OAIE pce 27 p. 19 et 20), les autorités sociales espagnoles, retenant que l'intéressée est limitée dans les tâches

C-1616/2021 Page 4 causant une surcharge intense du rachis lombaire (voir préavis des autorités espagnoles, du 28 juillet 2020 [OAIE pce 29]), lui reconnaissent de manière provisoire, à partir du 17 juillet 2020, le droit à une rente d'invalidité permanente totale. B.b.b Invité à se prononcer sur le dossier médical (voir prise de position du 4 novembre 2020 [OAIE pce 31]), puis à préciser son avis, dans la mesure où l'intéressée a repris son activité habituelle depuis le 7 juillet 2020 (OAIE pce 33), le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste du service médical de l'OAIE, retient, dans sa prise de position du 3 décembre 2020 (OAIE pce 34), le diagnostic principal de spondylolisthésis L5-S1 sur spondylolyse isthmique bilatérale, sur irritation radiculaire récidivante et sur status après arthrodèse L4-S1 et foraminotomie L5 gauche le 9 octobre 2019. Il estime que dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail est de 30% dès le 9 décembre 2016, de 70% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 60% dès le 10 juin 2020. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que le médecin AI détermine, l'incapacité de travail serait de 0% dès le 9 décembre 2016, de 30% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 20% dès le 10 juin 2020. B.b.c Le 16 décembre 2020, l'invalidité

de l'intéressée est évaluée en application de la méthode générale et aboutit à un taux d'invalidité de 30% dès le 9 décembre 2016, de 34% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 25% dès le 10 juin 2020 (OAIE pce 36). B.b.d Par décision du 19 février 2021 (OAIE pce 38), l'OAIE, confirmant son projet du 22 décembre 2020 (OAIE pce 37), rejette la demande de prestations AI de l'intéressée. L'autorité inférieure explique en particulier que la demande de prestations ayant été présentée le 8 juillet 2020, une rente ne pouvait être versée qu'à partir du 1er janvier 2021 ; or, dès le 10 juin 2020, le degré d'invalidité de la recourante n'ouvrait plus droit à une rente. C. Le 24 mars 2021, l'intéressée, représentée par Me José Nogueira Esmorís, interjette recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Elle soutient qu'elle est totalement limitée dans sa capacité de travail et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pce 1). Elle joint à son recours, outre des documents figurant déjà au dossier, un certificat du 23 novembre 2017 de son employeur B. \_\_\_\_\_ SAU, décrivant son activité professionnelle et les tâches attendues d'elle.

C-1616/2021 Page 5 Dans sa réponse du 4 juin 2021 (TAF pce 9), l'OAIE conclut au rejet du recours, reprenant l'argumentation de la décision litigieuse. Invitée à répliquer par ordonnance du 15 juin 2021 (TAF pces 10 et 11), la recourante ne donne pas suite. Droit : 1. 1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours. 1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 1.3 Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile (TAF pces 2 et 3) et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 4 à 6, 8), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 3. Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundes- verwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF

C-1616/2021 Page 6 C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 19

février 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce. 4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 19 février 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). 4.3 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015,

C-1616/2021 Page 7 sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 5. Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 LAVS [RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [TAF pce 26 p. 2]). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse. 6. 6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de

C-1616/2021 Page 8 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 6.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2). 7. 7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance

C-1616/2021 Page 9 prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). 7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6

décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 7.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

C-1616/2021 Page 10 7.3.1 Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33). 7.3.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du

## **E. 29**

janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). 7.3.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient

C-1616/2021 Page 11 liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43). Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du

## **E. 30**

mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). 8. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde précisément sur la prise de position du service médical de l'OAIE du 3 décembre 2020 (OAIE pce 34). Le Dr G.\_\_\_\_\_ y retient le diagnostic principal de spondylolisthésis L5- S1 sur spondylolyse isthmique bilatérale, sur irritation radiculaire récidivante et sur status après arthrodèse L4-S1 et foraminotomie L5

C-1616/2021 Page 12 gauche le 9 octobre 2019. Il estime que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est de 30% dès le 9 décembre 2016, de 70% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 60% dès le 10 juin 2020 ; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que le médecin AI détermine, l'incapacité de travail serait de 0% dès le 9 décembre 2016, de 30% dès le 1er décembre 2017, de 100% dès le 9 janvier 2019 et de 20% dès le 10 juin 2020. L'appréciation du médecin du service médical de l'OAIE ne saurait toutefois convaincre. En effet, le Dr G.\_\_\_\_\_, qui n'a pas lui-même réalisé d'examen sur la personne de l'intéressée, s'est par conséquent fondé, pour rendre ses conclusions, sur les rapports médicaux figurant au dossier, qu'il cite dans ses prises de

position (OAIE pces 31 et 34). Or, il appert que ces rapports, s'ils s'accordent sur les atteintes dont souffre la recourante et les diagnostics posés, ne remplissent pas, par ailleurs, les requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante ; en outre, leur contenu ne permet pas de confirmer les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G. \_\_\_\_\_, ni les taux d'incapacité de travail qu'il a fixés. 8.1 Ainsi, le premier de ces rapports, qui date du 9 décembre 2016 (OAIE pce 4), est un rapport radiologique rendu suite à un examen de la colonne lombaire par résonance magnétique ; il conclut à un spondylolisthésis antérieur L5-S1, de grade I-II, avec spondylolyse bilatérale, et à une sténose des foramens de conjugaison, prédominante à droite, avec probable atteinte radiculaire. Son objectif étant d'informer des résultats de l'examen effectué, il est succinct et ne décrit pas, en particulier, de difficultés fonctionnelles, ni ne se prononce sur les répercussions des atteintes qu'il observe sur la capacité de travail de l'intéressée. Il en va de même du rapport qui suit, daté du 1er décembre 2017, dans lequel le Dr C. \_\_\_\_\_ procède à une évaluation neurologique de l'état de l'intéressée, relevant la présence d'une douleur locale interapophysaire lombosacrée et d'une flexion limitée au niveau lombaire (OAIE pce 5). Neurochirurgien, il donne son avis sur le type de traitement à mettre en place, recommandant une intervention chirurgicale, mais ne dit rien des effets de l'affection sur la capacité de travail de sa patiente. Quant au rapport établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 10 janvier 2018, il consiste en une simple chronologie des troubles médicaux dont a souffert ou souffre la recourante (OAIE pce 6).

C-1616/2021 Page 13 Le Dr G. \_\_\_\_\_ en a toutefois déduit une incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle de la recourante dès le 9 décembre 2016, puis une augmentation de cette incapacité à 70% dès le 1er décembre 2017, date du rapport du neurochirurgien. Il ressort pourtant du dossier – outre le fait que les rapports médicaux précités ne s'expriment pas sur la capacité de travail – qu'à l'inverse des conclusions du médecin AI, la recourante a été en arrêt de travail total à partir de fin septembre 2016 jusqu'au 18 septembre 2017, puis qu'à cette date, elle a repris son activité habituelle à 100%, jusqu'au 9 janvier 2019 (OAIE pce 27 p. 14 ; voir Faits A.). Au demeurant, le rapport E 213, établi le 21 mars 2018 sur la base d'un examen de l'intéressée, conclut également à une pleine capacité de travail dans toute activité, excepté lors de crises aiguës (OAIE pce 7). On ne voit donc pas comment le Dr G. \_\_\_\_\_ est parvenu à de telles conclusions. 8.2 Le rapport versé ensuite au dossier est un rapport de sortie de l'hôpital, du 12 octobre 2019, rédigé par le service de neurochirurgie du CHU Z. suite à l'arthrodèse réalisée quelques jours plus tôt (OAIE pce 28). Il y est fait état des diverses atteintes observées lors de différents examens, de l'intervention chirurgicale effectuée le 9 octobre 2019, de l'évolution post-opératoire, sans complications, ainsi que des diagnostics retenus. La seule référence à l'activité professionnelle de l'intéressée concerne son retour au travail après l'opération, retour que le service de neurochirurgie du CHU Z. prévoit de manière progressive, dans les trois mois suivant l'intervention ; durant cette période, la patiente doit éviter certaines postures et le port de charges. Toutefois, huit mois plus tard, dans son rapport du 10 juin 2020 (OAIE pce 22), la Dre F. \_\_\_\_\_, médecin conseil auprès des autorités espagnoles de sécurité sociale, appelée à se prononcer dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail effectuée en Espagne, indique, tout en relevant une amélioration clinique significative, que l'incapacité de travail se prolonge pour l'instant, et propose de différer l'évaluation de cette incapacité jusqu'au prochain examen prévu par le service de neurochirurgie le 3 juillet 2020. Cela étant, le même médecin établit le 17 juillet 2020 le second rapport E 213 versé au dossier (OAIE pce 23). De manière quelque peu

confuse, elle y mentionne qu'il y a une amélioration des symptômes et que le traitement est terminé, mais propose dans le même temps, à nouveau, et alors que l'examen prévu le 3 juillet 2020 par le service de neurochirurgie devrait avoir eu lieu, de différer l'évaluation de l'incapacité de travail jusqu'à cet examen, toujours prévu à la même date (pt 8). Puis elle conclut néanmoins à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (pt 11.4), sans pourtant ne décrire aucune limitation

C-1616/2021 Page 14 fonctionnelle (pt 10), et ne se prononce pas quant à la capacité de travail éventuelle dans une activité adaptée. Au surplus, ce rapport E 213 ne contient aucune observation clinique un tant soit peu détaillée. Enfin, dans leur préavis rendu dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail effectuée en Espagne (OAIE pce 29), les autorités sociales espagnoles ont, quant à elles, mentionné une limitation fonctionnelle qui s'imposerait à l'intéressée, à savoir les tâches causant une surcharge intense du rachis lombaire, et lui ont reconnu de manière provisoire, à partir du 17 juillet 2020, le droit à une rente d'invalidité permanente totale (OAIE pce 27 p. 19 et 22). Ces documents ne sont toutefois pas des rapports de médecins ; au surplus, les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Or, c'est sur la base de ces documents incomplets, et confus pour certains, en particulier s'agissant de la capacité de travail, que le Dr G. \_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 3 décembre 2020 (OAIE pc 34), conclut, de manière tout à fait précise pour sa part, que la recourante présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 9 janvier 2019, puis dès le 10 juin 2020, une incapacité de 60% dans l'activité habituelle et une incapacité de 20% seulement dans une activité adaptée, à savoir une activité autorisant des pauses de 10 minutes environ et une position assise ou alternée, permettant d'éviter le chaud, l'humidité et les intempéries, le stress et la rapidité, n'exigeant pas de réaliser des tâches avec rotation du tronc et bras au-dessus de la tête, ni de se pencher ou de s'accroupir, ni de porter des charges supérieures à 5 kg, de faire des mouvements répétitifs, de monter sur une échelle ou un échafaudage, ou de marcher sur un terrain irrégulier. 8.3 Il convient de relever au demeurant que si, selon les indications de son employeur (OAIE pce 27 p. 14), la recourante s'est bel et bien trouvée en arrêt de travail dès le 9 janvier 2019, aucun des médecins qui se sont exprimés dans le cadre du dossier n'ont mentionné cette date. Tout au plus la Dre F. \_\_\_\_\_ a-t-elle expliqué, dans son rapport médical du 10 juin 2020 (OAIE pce 22), que l'incapacité de travail actuelle a débuté en raison d'une crise de la pathologie discale lombaire, avec irradiation dans le membre inférieur droit, ayant conduit à procéder à des examens le 2 octobre 2019, puis à décider de l'intervention chirurgicale du 9 octobre 2019 ; elle ne mentionne pas toutefois le moment auquel s'est déclarée cette crise, laquelle ne fait l'objet d'aucun rapport médical.

C-1616/2021 Page 15 Le Dr G. \_\_\_\_\_ retient ensuite une amélioration de la capacité de travail à partir du 10 juin 2020. Or, il s'agit là de la date du rapport précité de la Dre F. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 22), dans lequel, tout en relevant bel et bien une amélioration clinique significative, elle indique cependant que l'incapacité de travail se prolonge pour l'instant. Elle conclut en outre, quelques temps plus tard, dans le rapport E 213 du 17 juillet 2020 (OAIE pce 23), à une incapacité de travail totale de la recourante dans son activité habituelle. Dans le même temps, le questionnaire pour l'employeur du 23 septembre 2020 mentionne que l'intéressée a repris son activité habituelle à temps complet à partir du 7 juillet 2020 (OAIE pce 27 p. 12 à 18, en particulier p. 14 ; voir également OAIE pce 33). On

peut d'ailleurs noter à ce propos que le Dr G. \_\_\_\_\_, qui, dans sa première prise de position du 4 novembre 2020 (OAIE pce 31), avait indiqué une incapacité de travail dès le 10 juin 2020 de 80% dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée, a réduit ces deux taux de 20% dans sa seconde prise de position, du 3 décembre 2020 (OAIE pce 34), les fixant désormais à 60% dans l'activité habituelle et à 20% dans une activité adaptée, sur la seule base de l'information, transmise par l'OAIE, de la reprise de son activité professionnelle par la recourante, et cela, alors même qu'aucun nouveau rapport médical ou observations de médecin ne lui ont été soumis et que la documentation au dossier montre plutôt, quoique de façon insuffisante, une incapacité de travail totale, à tout le moins dans l'activité habituelle. 8.4 On ne voit donc pas comment le Dr G. \_\_\_\_\_, qui, de surcroît, est médecin généraliste et ne dispose donc d'aucune des formations spécialisées dans les disciplines dont pourraient relever les atteintes de la recourante et qui seraient nécessaires à l'étude et à l'appréciation du dossier médical de celle-ci, a pu parvenir, sur la base de la documentation au dossier, aux conclusions qui sont les siennes quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles. Son appréciation du cas, figurant dans ses prises de position, n'est d'aucune aide à cet égard, en ce qu'elle n'explique pas sur quels éléments de la documentation au dossier le médecin AI se serait fondé pour parvenir à de telles conclusions. Le Dr G. \_\_\_\_\_ se borne en effet à exposer que si l'opération chirurgicale a permis une amélioration des symptômes algiques, on ne peut toutefois pas parler d'une amélioration de la capacité de travail, notamment pour les travaux nécessitant des mouvements de rotation ou de flexion-extension de la colonne lombaire ; par conséquent, l'activité habituelle ne serait pas idéale, tandis qu'une activité assise, avec la possibilité de changer de position ou de prendre des pauses supplémentaires, serait mieux adaptée. Puis, face à l'information transmise par l'OAIE selon laquelle la recourante aurait repris le travail le 7 juillet 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ se contente

C-1616/2021 Page 16 d'ajouter qu'il y voit une confirmation indirecte du succès de l'intervention chirurgicale, mais qu'il continue à penser que l'intéressée ne présente pas une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, certaines tâches n'étant pas adaptées ; elle s'exposerait ainsi, en poursuivant son activité, à un risque de rechute. 9. 9.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause. Le service médical de l'OAIE ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations de son service médical pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de solliciter l'appréciation documentaire de son médecin conseil, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation adéquate. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA. 9.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V

210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI. 9.3 Une expertise médicale pluridisciplinaire sera ainsi mise en œuvre dans les disciplines de la neurologie et de l'orthopédie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349

C-1616/2021 Page 17 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance- invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C\_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C\_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.). Cela fait, l'OAIE devra ensuite procéder, le cas échéant, à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante. 10. En conséquence, le recours doit être admis et la décision du 19 février 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 11. Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante (TAF pce 6) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce dernier, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, tenant compte du travail effectué par le

C-1616/2021 Page 18 mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de cinq pages et d'un courrier d'une page.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.